

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЖІНОЧОЇ НЕПЛІДНОСТІ

Ганич М.М., Бобик Ю.Ю., Качала В.Ю., Бобик Ю.Ю. (молодший)
Ужгородський державний університет, м.Ужгород

Зважаючи на критичний демографічний стан в Україні за останні роки питання неплідного шлюбу набуває особливо актуального значення. Зокрема, хіба ж може не турбувати всіх нас, що за останні 3-5 років населення України зменшилося майже на 3 мільйони. І така тенденція продовжує наростати. Обмін набутим нами досвідом в цій галузі буде мати позитивний вплив на демографічну ситуацію.

Тому ми поставили за мету вивчити окремі питання етіології, клініки та ефективності лікування неплідних, які знаходилися в міжрайонному центрі планування сім'ї при гінекологічній клініці Ужгородської центральної міської клінічної лікарні.

За 1994-98 роки було обстежено 982 неплідних жінок.

Вік неплідних жінок становив від 18 до 42 років. Тривалість неплідності - від 2 до 17 років. Протягом 2 років неплідність спостерігалася у 246 жінок (25,0%), 3-4 років - у 304 (30,9%), 5-6 років - у 217 жінок (22,0%), 7-8 років - у 95 жінок (9,6%), 9-10 років - у 29 жінок (2,9%). Неплідність, що тривала 11 і більше років виявлена у 30 жінок (3,0%). Первинну неплідність встановлено у 589 (59,9%), вторинну - у 393 жінок (40,0%).

У всіх неплідних, крім загально-клінічного обстеження, проводилося дослідження естрогенної насиченості організму за кольпоцитологією, шийковим індексом, що включає оцінку величини зовнішнього вічка шийки матки, кількості слизу, симптом арборизації слизу шийки матки. Проводилося також бактеріологічне дослідження.

Протягом 2-3 місяців вивчали базальну температуру. Виконували функціональні проби з прогестероном, естроген-прогестероном, дексаметазоном, прогестінами. Ставили пробу Сімса-Гугнера та Курцрок-Міллера, оцінювали посткоїтальний тест. Визначали 17-кетостероїди в добовій сечі, а в окремих випадках - преднізолон та естрогени. Проводилися також рентгенологічні дослідження: рентгенографія черепа, турецького сідла, гістросальпінгографія. За показаннями вивчалася функція щитовидної залози біологічним та імунним методами. Проводилося також гістологічне дослідження ендометрію. Для оцінки анатомічного та функціонального стану маткових труб і яєчників проводили лапароскопію з хромогідротубрацією, що дозволило виявити наявність оклюзії маткових труб та характер перитубальних зрощень.

Також проводилося дослідження у всіх чоловіків неплідних сімей еякулята згідно скринінгу, прийнятого ВООЗ. Ефективність сперми оцінювали за індексом Фаріса. Нормальною вважали сперму з індексом вище 200. Встановлено, що у 163 пар (14,2%) причиною неплідного шлюбу була патологія сперми. Найчастіше зустрічалися такі види патології сперми як олігоспермія та астенозооспермія (75,4%), виражена спермоаглютація (20%) та аспермія (5%). Чоловіки з різко пониженою фертильністю сперми продовжували лікування у сексопатолога. Ці пари виключено із подальшого аналізу.

За основною причиною неплідності весь контингент обстежених жінок (982) розподілено на окремі групи:

1. Ендокринні порушення - 664 жінок (67,6%);
2. Залишкові явища запалення внутрішніх геніталій - 212 жінок (21,6%);
3. Ендометріоз - 38 жінок (3,8%);
4. Фіброміома матки - 20 жінок (2,0%);
5. Імунологічні порушення - 48 жінок (4,9%).

Таким чином, у переважній більшості жінок, причиною неплідності були ендокринні порушення. Серед неплідних з ендокринними порушеннями найбільшу підгрупу (458 жінок) склали неплідні з недорозвиттям матки в поєднанні з гіпофункцією яєчників (68,9%). Розрізняли три ступені недорозвиття матки: перша - довжина матки від 5,5 до 7 см; друга - 3,5-5,5 см; третя - менше 3 см. Нормальною довжиною тіла матки у нерожалих за УЗД вважали 63 мм. Перважна кількість неплідних жінок мали першу ступінь недорозвиття матки (390 із 458).

При другій і третій ступенях недорозвиття матки ми проводили тривале комплексне лікування естрогенами в поєднанні з фізіотерапією, вітамінотерапією. Враховуючи той факт, що Закарпаття є місцевістю ендемічною щодо зобу, набутий нами досвід та численні відомості літератури, які свідчать про тісний зв'язок функції щитовидної залози із системою гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, всім жінкам цієї групи з еутиреозом призначали малі дози тиреоїдина або антиструмін та фолієву кислоту. Ці препарати підвищують чутливість тканини органів-мішеней щодо дії естрогенів. В комплексне лікування також включали масаж матки, введення естрогенів в товщу шийки матки, водолікування.

Всім неплідним проводилося до 10 сеансів голкорексфлексотерапії [6]. Зокрема, на 4-5 день менструального циклу впливали на загальнозмощнюючі точки. З 5-го дня лікування впливали одночасно на точки, розміщені в місцевих і віддалених рецепторних зонах придатків матки і зонах, рефлекторно пов'язаних з гіпоталамо-гіпофізарною системою.

В комплексне лікування входила також фітотерапія (відварі споришу, подорожника, звіробою, фенхелю). Застосовували й інші трави, що мають позитивний вплив на систему гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка. Це, зокрема, шалфей, петрушка, хміль, кріп, рута, елеутерокок.

Комплексний ациклічний метод лікування при II-III ступенях недорозвиття матки проводили в стаціонарі, а далі - амбулаторно протягом трьох місяців з перервами по два місяці до тих пір, поки матка не збільшувалася до нормальної величини або майже нормальної. З тих пір починали комплексне циклічне гормональне лікування. У

другій половині менструального циклу в курс включалися прогестерон та вітамін Е.

Вважаємо за потрібне наголосити, що при II та III ступенях недорозвиття матки загальний стан усіх хворих після лікування суттєво покращувався. У більшості встановлювався нормальний менструальний цикл, покращувалося самопочуття, встановлювалася двурогова базальна температура. Ефективність лікування неплідних цієї групи з недорозвитком матки склала 27,2%.

Другу підгрупу неплідних з ендокринними порушеннями склали жінки з ановуляторними циклами або недостатністю лютеїнової фази (126 жінок-18,9%). Ці симптоми, як і інші форми гормональної патології, проявлялися самостійно. Рідше вони поєднувалися з недорозвиттям матки, лактореею, тощо. Діагноз ставився на основі кольпоцитології, шийкового індекса, базальної температури, а підтверджувався даними біопсії ендометрію. Спостерігалися дві форми цієї патології. При першій - базальна температура на 14-16 день циклу підвищувалася до нормального рівня. Але так тривало всього 2-5 днів, а потім температура знижувалася до рівня, як і в першій фазі циклу. При другій формі хвороби базальна температура підвищувалася незначно (менше 0,3°C).

Лікування ановуляції та недостатності функції жовтого тіла проводили кломіфеном (кlostілбегітом) по 100 мг на день від 5 по 9 день циклу в поєднанні з прогестероном. При недостаєньому позитивному ефекті в схему додавали хоріонічний гонадотропін (профазі). При гіпоестрогенному фоні в першій фазі менструального циклу призначали малі дози мікрофоліну (1/4 табл. - 1 табл. на день). При поєднанні хвороби з гірсутизмом в схему лікування включали преднізолон (дексаметазон). Голкорексфлексотерапію проводили так, щоб максимальний ефект впливу на сегментарні точки припадав саме на 13-14-й день. В цій групі неплідних позитивний результат, що проявлявся настанням овуляції та нормалізацією фази циклу, отримано у 25 жінок (19,8%).

Третю підгрупу склали 62 жінки, у яких ми діагностували синдром полікістозу яєчників (ПКЯ). Клінічно та на основі лабораторних досліджень нами підтверджено наявність трьох варіантів синдрому ПКЯ [2, 4, 5]. Перша група хворих - це чиста форма синдрому ПКЯ. Друга група - це ПКЯ з дисфункцією кори наднирників і третя група - з ознаками ураження гіпоталамо-гіпофізарної системи. Перша форма зустрічається часто, друга - рідко і третя - ще рідше. Лікування хворих консервативне, а в разі неефективності - оперативне. В комплексне лікування включено: кломіфен по 50-150 мг/добу, що як відомо, викликає овуляцію шляхом вивільнення релізінг-

гормонів гіпоталамусу. Прийом препарату поєднували з призначенням гонадотропіну 1500 ОД на 9, 12, 15 день менструального циклу. При ознаках адрогенітального синдрому призначали преднізолон або дексаметазон. Проведене нами лікування при полкістозі яєчників дало позитивний ефект у 80,6% випадків. Це підтверджується відновленням овуляції та нормалізацією менструального циклу. Однак вагітність протягом наступних 5 років спостереження настала тільки в 49,7% (29 жінок).

Четверту підгрупу неплідних з ендокринними порушеннями склали хворі на синдром галактореї-аменореї (18 жінок). У всіх показник вмісту пролактину був вище 500 м МО/л (при нормі 322+125 м МО/л). У жінок цієї групи була так звана функціональна форма синдрому галактореї, оліго- або аменорея (без аденоми гіпофізу). Післяродовий синдром галактореї-аменореї (синдром Кіарі-Фромеля) у обстежених жінок ми не спостерігали. Лікування проводилося парлоделом по 25 мг 2-3 рази на добу. У 2 неплідних виявлена алергічна реакція на парлодел, що проявлялася нудотами, блюванням, головним болем. Лікування проводилося до припинення галактореї та нормалізації менструального циклу. При неефективності лікування парлоделом його поєднували з кломіфеном по 50-100 мг на добу з 5 по 9 день менструального циклу. Завагітніли в цій групі 8 жінок.

Таким чином, із 664 неплідних із різними формами ендокринних порушень завагітніло 194 жінки (29,2%). Найкращий ефект ми отримали при лікуванні неплідних із ПКЯ та ановуляцією, менший - при недорозвитті матки в поєднанні з гіпофункцією яєчників.

Другу клінічну групу неплідних склали 212 жінок (21,6%) із залишковими явищами запальних процесів внутрішніх геніталій та хронічними інфекціями, що мають латентний перебіг (хламідіоз та інші). У 42 жінок (19,2%) із 212 обстежених виявлено непрохідність маткових труб в ампулярних відділах. У решті неплідних цієї групи виявлені перитубарні зрощення. У переважної більшості жінок із залишковими явищами запальних процесів проводилося консервативне лікування. Тільки у 15 неплідних цієї групи здиснено оперативне лікування (сальпінголізис, сальпінгооваріолізис, сальпінгостоматопластика).

На початковому етапі неплідні жінки із залишковими явищами запалення внутрішніх статевих органів лікувалися стаціонарно. Призначалося комплексне протизапальне лікування за методикою М.С.Бакшеева в нашій модифікації. Лікування поєднувалося з гінекологічним масажем, водолікуванням, голкорексфлексотерапією та іншими фізметодами.

Ми врахували власний досвід та літературні дані [6, 7], що свідчать про зниження гормональної функції яєчників у жінок, які перенесли запальні захворювання геніталей. Тому, поряд з комплексною протизапальною терапією, призначали циклічне лікування малими дозами естрогенів та прогестерона в поєднанні з фолієвою кислотою, тіредіном (антиструміном), фітотерапією.

Трави призначалися таким чином, щоб стимулювати функцію гіпоталамуса (спориш, шалфей, елеутерокок, жень-шень), гіпофізу (подорожник, звіробій), а також покращували кровообіг внутрішніх статевих органів (фенхель, кріп). Лікування травами проводилося протягом 4-6 місяців.

На другому етапі цих хворих направляли на санаторно-курортне лікування. На третьому етапі, в разі неефективності проведеної терапії, стаціонарно проводили курс гідротубації з антибіотиками (хімотрепсин, лідаза).

Позитивний ефект лікування неплідних з хронічними запальними процесами внутрішніх геніталій отримано у 61 жінки (28,7%).

Третю групу склали жінки, у яких безпосередньою причиною неплідності діагностовано ендометріоз (3,8%). Позитивний ефект лікування синтетичними прогестинами або дановалом отримано в 16 (42,1%).

Четверту групу неплідних склали жінки, у яких виявлено фіброміому матки (2,0%). У всіх хворих величина пухлини досягала не більше 5-7 тижнів вагітності. Лікування проводилося в залежності від супутніх патологій (ановуляція, хронічні інфекції, ендометріоз). Завагітніло 6 жінок (30,0%).

П'яту групу неплідних склали 48 жінок (4,9%) з імунологічними порушеннями. Як відомо, шийковий фактор непліддя складає 8,5-10,0% [8]. Серед шийкових факторів неплідності значну роль відіграє наявність локальних та цервікальних антиспермальних антитіл в цервікальному слизі, в порожнині матки.

Для діагностики неплідності імунологічного походження використовували тести кількісного визначення антиспермальних антитіл в імунокомпетентних середовищах. Про наявність імунологічної несумісності подружжя приймали до уваги результати проби Курцрок-Міллера та посткоїтального тесту. Якщо сперма була фертильною, виключалися явища ендочервіциту та розриви шийки матки, а посткоїтальна проба на 11-16 день менструального циклу була від'ємною констатували наявність імунної неплідності. Таких пар було 48 (4,9%). Лікування у них проводилося імунодепресантами, а також десенсибілізаторами. Статеве життя на певний час рекомендувалося проводити з презервативом. Локально, після менструації до 11 дня циклу здійснювали санацію

цервікального каналу. Вагітність виникла у 11 жінок (22,7%).

Отримані нами дані дозволяють зробити наступні висновки:

1. Комплексне лікування 982 жінок з різними формами неплідності сприяло настанню вагітності у 288 жінок, що склало 29,3%.

2. Найбільш ефективним лікуванням виявилось при ендокринних формах неплідності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.Н. // Акуш.-гинекол.-1978.-№1.-С.10-17.
2. Вихляева Е.М. Достижения и перспективы отечественной гинекологии // Акуш.-гинекол.-1987.-№7.-С.3-6.
3. Вовк І.Б. Ендокринні порушення та їх корекція у хворих з неплідністю загального генезу // Педіатрія, акуш. і гінекологія.-1989.-№2.-С.38-40.
4. Грищенко В.І., Докуміна І.Ю., Феськов О.М. Деякі імунологічні властивості перитонеальної рідини у жінок при неплідності // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1991. - №3. С.38-40.
5. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология. - М.: Медицина, 1994. – 237 с.
6. Соляник В.А. // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1989. - №4. - С.151.
7. Терещенко В.И. // Акуш.-гинекол. - 1989. - №2. - С.55-57.
8. Тетер Е. Гормональные нарушения у мужчин и женщин. - Варшава, 1968. – 413 с.

РЕЗЮМЕ

Наш опыт лечения женского бесплодия

Ганич М.М., Бобик Ю.Ю., Качала В.Ю., Бобик Ю.Ю. (младший)

Обследовано 982 женщины с бесплодием в Ужгородском межрайонном центре планирования семьи. Бесплодие эндокринной природы выявлено в 67,6% случаев, воспалительного генеза - 21,6%, эндометриоз и фибромиома матки в 5,8%, иммунологической природы - в 4,8%. Эффективность лечения достигнута в 29,3%.

SUMMARY

Our Experience of Treating Female's Infertility

Hanich M.M., Bobik Y.Y., Kachala V.Y., Bobik Y.Y. (Jr)

Examination and treatment of 982 infertile patients was done in gynecological department of Uzhgorod central town hospital. Endocrinological causes of infertility were diagnosed in 67.6% cases, final facts of inflammation processes in 21.6% cases, endometriosis and uterine fibroid tumor in 5.8% cases, immunologic breaks in 4.8% cases. The effectiveness of treatment done is 29.3%.